

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 135

LES

ANÉVRYSMES INGUINAUX ET ILIAQUES

(CINQ OBSERVATIONS DU PROFESSEUR TÉDENAT)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Juillet 1921

PAR

Joseph CATHALAN

Né à Gigean (Hérault) le 2 février 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	TEDENAT, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		De ROUVILLE, professeur		
		ETIENNE, agrégé		
		LAPEYRE, agrégé		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921

LES
ANÉVRYSMES INGUINAUX ET ILIAQUES

(CINQ OBSERVATIONS DU PROFESSEUR TÉDENAT)

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 135

LES

ANÉVRYSMES, INGUINAUX ET ILIAQUES

(CINQ OBSERVATIONS DU PROFESSEUR TÉDENAT)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Juillet 1921

PAR

Joseph CATHALAN

Né à Gigean (Hérault) le 2 février 1894

PUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	TEDENAT, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		De ROUVILLE, professeur		
		ETIENNE, agrégé.		
		LAPEYRE, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	GRYNFELTT
Physique médicale	HEDON.
Chimie biologique et médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	DERRIEN, <i>doyen.</i>
Anatomie pathologique	GRANEL.
Microbiologie	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE
Pathologie interne	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	N...
Hygiène	VIRES.
Médecine légale et toxicologie	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	N...
Clinique chirurgicale	DUCAMP.
Clinique obstétricale	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique	FORGUE <i>assesseur.</i>
Clinique des maladies des enfants	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MAIRET.
Clinique gynécologique	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS et RODET

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
Anatomie	EUZIERE.	Accouchements	LAPEYRE.
	RIMBAUD.		DELMAS (P.).
Chimie	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE.
	DELMAS (J.).		CABANNES.
	MESTREZAT	Physique	PECH.

Examinateurs de la thèse:

MM. TEDENAT, professeur, <i>Président.</i>	MM. ETIENNE, agrégé.
DE ROUVILLE, professeur.	LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MA SOEUR ET A MON ONCLE

A MES PARENTS ET AMIS

J. CATHALAN.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En témoignage de notre reconnaissance
pour l'honneur qu'il nous a fait en
acceptant la présidence de cette thèse et
pour le bienveillant accueil qu'il nous a
toujours réservé.*

A MON JURY

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

J. CATHALAN.

AVANT-PROPOS

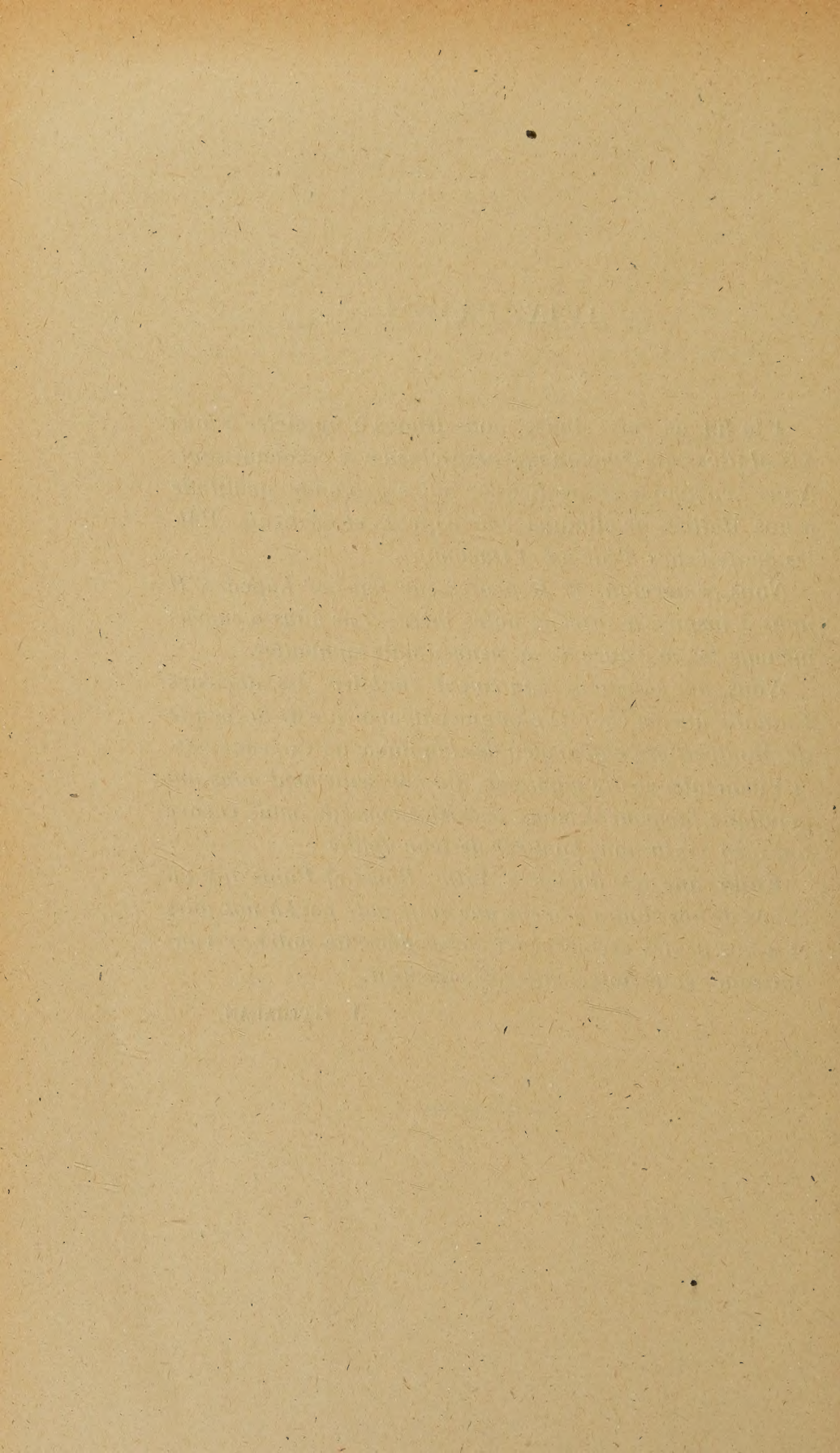
A la fin de nos études, nous tenons à apporter à tous nos Maîtres un témoignage respectueux et reconnaissant. Nous exprimons en particulier notre profonde gratitude à nos Maîtres de clinique chirurgicale et médicale MM. les professeurs Tédénat et Ducamp.

Nous remercions M. le professeur agrégé Lapeyre. Il nous a inspiré le sujet de notre thèse, et ne nous a jamais ménagé les marques de sa bienveillante sympathie.

Nous ne saurions également oublier les docteurs Cathala, ancien chef de clinique chirurgicale de la faculté de Montpellier, chirurgien des hôpitaux de Carcassonne, et Vinon interne des hôpitaux, qui non seulement nous ont prodigué largement leurs précieux conseils, mais encore ont bien voulu nous honorer de leur amitié.

Enfin, que les docteurs Villa, Borel et Panis qui au cours de nos études prirent une si grande part à nos joies et à nos peines reçoivent ici l'assurance de notre reconnaissance et de notre entier dévouement.

J. CATHALAN.



LES ANÉVRYSMES INGUINAUX ET ILIAQUES

(CINQ OBSERVATIONS DU PROFESSEUR TÉDÉNAT)

INTRODUCTION

Les anévrysmes de l'artère fémorale sont assez rares, beaucoup moins fréquents que les anévrysmes poplités, on peut les observer soit au niveau de l'artère fémorale superficielle ou profonde, soit au niveau de l'artère fémorale commune ; dans ce dernier cas on les désigne sous le nom d'anévrysmes inguinaux.

Nous n'aurons en vue, dans notre travail, que les anévrysmes spontanés, développés par conséquent sur une artère malade, atteinte d'artérite, mais il ne faut point oublier qu'on a signalé de nombreux exemples d'anévrysmes fémoraux traumatiques : avant la guerre Monod et Vanverts en avaient réuni un assez grand nombre ; Sencert, dans son livre sur les blessures des vaisseaux n'a pu cependant citer que trois cas d'anévrysmes artériels fémoraux par blessure guerre.

Laissant de côté les anévrysmes traumatiques, nous nous attacherons surtout en nous basant sur les obser-

vations qu'a bien voulu nous communiquer M. le professeur Tédénat, à étudier les anévrismes spontanés de la fémorale, et plus spécialement les anévrismes inguinaux ; ce sont surtout les considérations cliniques et thérapeutiques qui nous retiendront et le plan que nous adopterons dans notre travail sera le suivant :

- 1° Observations.
 - 2° Etude anatomique.
 - 3° Etude clinique.
 - 4° Thérapeutique.
 - 5° Conclusions.
-

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Dûe à l'obligeance de M. le professeur Tédénat)

Anévrysme inguinal artériel spontané. Extirpation du sac. Guérison

F... P..., âgé de 36 ans, exerçant la profession de plâtrier, entre le 3 mai 1921 à l'hôpital Suburbain, salle Bouisson n° 15 ; le malade est adressé pour adénite inguinale.

Depuis huit mois environ, le malade a constaté la présence d'une petite grosseur au niveau du pli de l'aîne droite : d'abord du volume d'une noisette, la tuméfaction s'est accrue insensiblement jusqu'à présenter le volume actuel (œuf de poule). Le malade n'invoque aucun traumatisme, il a remarqué cependant que le début de la tuméfaction s'est fait au voisinage d'une cicatrice d'incision de bubon inguinal, affection qui remonterait à 14 ans. L'évolution de la tuméfaction a d'abord été absolument indolore, puis quelques douleurs se sont montrées qui ont obligé le malade à se reposer à plusieurs reprises pendant une semaine ; enfin depuis 15 jours F... a dû cesser complètement l'exercice de sa profession en raison des vives douleurs qu'il éprouve et qui sont à peine calmées par le repos. Ces douleurs sont particulièrement vives au niveau du sommet du triangle

de Scarpa, à 5 ou 6 centimètres au-dessous du pôle inférieur de la tuméfaction, elles s'irradient jusqu'au genou et au mollet, parfois ce sont des sensations de brûlures qu'accuse le malade ; après un marche de quelque durée, ce sont des fourmillements, et une claudication assez marquée en résulte.

Les antécédents du malade sont assez chargés : au point de vue personnel il accuse une typhoïde en 1906, il a appartenu aux troupes coloniales, servi deux ans au Sénégal et trois ans à Salonique pendant la guerre ; ces séjours lui ont valu : dysenterie, paludisme, enfin une adénite inguinale suppurée que le malade rapporte à une simple blennorragie, mais qui a vraisemblablement coexisté avec un chancre mixte contracté à cette époque.

F... est assez gros buveur : un litre et demi de vin par jour, deux pernods et deux petits verres.

Marié depuis dix ans, il a deux enfants bien portants, sa femme n'aurait pas eu d'avortement.

L'examen du malade montre qu'on se trouve en présence d'un homme maigre, assez vigoureux, au teint très coloré, paraissant plus que son âge, les artères sont dures, petites, sinueuses.

Au niveau de la base du triangle de Scarpa, immédiatement au-dessous de l'arcade et vers sa petite moyenne, on aperçoit déjà à la simple inspection une tuméfaction du volume d'un œuf de poule, animée de battements à chaque contraction cardiaque, la peau paraît normale à sa surface, mais on y remarque une cicatrice linéaire horizontale de 3 centimètres de long et correspondant à l'incision d'un bubon.

La palpation permet d'apprécier plus exactement le contour général de tuméfaction et montre l'existence

d'une expansion des plus nettes, il existe à l'auscultation un souffle intense, systolique.

Enfin la pression sur l'iliaque externe, en amont de la tuméfaction, suspend complètement les battements au niveau de celle-ci, cet ensemble symptomatique est suffisant pour permettre de poser le diagnostic d'anévrysme fémoral, il s'agit d'un anévrysme évidemment spontané, développé sur une artère malade, atteinte d'artérite; les nombreuses intoxications avouées par le malade nous donnent l'embarras du choix en ce qui concerne l'étiologie de cette artérite, toutefois les traces suspectes d'un accident génital, et une réaction de Wassermann positive forte, permettent de penser que ce malade était atteint d'endartérite syphilitique.

L'intervention est pratiquée le 8 mai 1921 sous anesthésie générale à l'éther goutte à goutte; ligature préalable de l'iliaque externe au-dessus de l'origine de l'épigastrique et de la circonflexe iliaque; en raison de la faible épaisseur du tissu adipeux, ce temps opératoire est conduit avec rapidité et sans incident; les battements cessent aussitôt au niveau du sac anévrysmal; dans un deuxième temps opératoire incision de découverte de la fémorale au triangle de Scarpa, longue de 12 centimètres environ; la peau incisée, on tombe sur un sac anévrysmal du volume d'un œuf, assez régulier, très adhérent à la veine fémorale et aux tissus voisins; la veine fémorale ne paraît pas thrombosée, mais elle est tellement enserrée par des tractus conjonctifs qui la relient au sac que l'extirpation entre deux ligatures s'impose; un segment de veine fémorale d'environ 5 centimètres est ainsi extirpé, l'artère fémorale est liée immédiatement au dessus et au dessous du sac, plusieurs collatérales de faible calibre qui s'ouvrent dans la cavité anévrysmale sont liées à

leur tour, dès lors l'extirpation de l'anévrisme devient possible et s'achève sans incident; la peau est suturée aux crins sans drainage, pansement aseptique sur la plaie opératoire, enveloppement ouaté du membre.



Anévrisme inguinal

Suites opératoires : la circulation du membre reste insuffisante pendant 24 heures, les orteils sont violacés, mais peu à peu le membre se réchauffe, se recoloré, pas d'œdème, l'état général reste excellent, la température atteint à peine 38° le soir, le pouls reste à 96-100 les 2 premiers jours ; urine en quantité normale.

Au huitième jour les crins sont enlevés, la cicatrisation est parfaite.

Le malade se lève au quinzième jour, la marche est un peu difficile; le malade éprouve quelques petites douleurs et fourmillements dans le membre inférieur droit, un peu d'œdème se montre après une petite marche, mais au bout de quelques jours, cette symptomatologie s'atténue. Le malade quitte l'hôpital le 29 marchant assez correctement ; on lui conseille de continuer le traitement antisiphilitique commencé pendant son séjour à l'hôpital (piqûres de bichlorure de Mercure et liqueur de Donovan, L gouttes par jour.)

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédénat,
observation recueillie par Mad. Canals.)

Anévrysme de la partie inférieure de la fémorale commune, résection
du sac anévrysmal, guérison.

R... , Philippe, 49 ans, cultivateur, entré le 6 avril 1918 à l'hôpital Suburbain, salle Bouisson, n° 18; il y a six semaines, en se baissant le malade a éprouvé une petite douleur au niveau du pli de l'aîne gauche; y portant la main, il y constate la présence d'une petite tuméfaction du volume d'une noisette, pas de douleurs sauf lorsqu'il fait un travail pénible; la tuméfaction augmentant progressivement de volume, le malade consulte un médecin qui l'adresse au professeur Tédénat. Les antécédents du malade sont les suivants: rhumatisme articulaire aigu de l'adolescence, chancre syphilitique du gland à l'âge de 45 ans (Wassermann positif, a suivi un court traitement mercuriel).

A l'examen on note à l'entrée :

Tumeur pulsatile du volume d'un œuf de poule; son extrémité supérieure est à 5 centimètres au dessous de l'arcade crurale, souffle systolique et thrill, la tumeur large de 6 centimètres est surtout développée sur le côté externe de l'artère, pas de gêne, dans la circulation veineuse, quelques douleurs dans le domaine du crural. Afin de favoriser le développement de la circulation collatérale, on fait du 10 au 16 avril tous les jours, 4 ou 5 heures de compression de la fémorale sous l'arcade (spica et coussinet); depuis l'entrée du malade, la tumeur a subi une augmentation notable de volume. Intervention le 17 avril, anesthésie à l'éther, incision suivant l'axe longitudinal de la tumeur commençant à 3 centimètres au

dessus, finissant à 4 centimètres au dessous. Ligature de la fémorale à 2 centimètres au dessus de la tumeur, le couturier adhère fortement à la poche, ligature de la fémorale à 2 centimètres au dessous de la poche, celle-ci est disséquée. 2 collatérales sont liées en dedans, la fémorale profonde en dehors, cette dernière donne un gros jet de sang, est repincée et liée, la veine fémorale est facile à séparer et restée intacte; après cette dissection pénible par suite des adhérences du couturier et du crural, plaie propre et exsangue, agrafes de Michel, pansement aseptique, ouate autour du membre.

18 au 21 avril, pas de douleurs, orteils rosés et chauds, température 37°2, 37°8; pouls varie de 80 à 100, urines de 1700 à 3200 sans sucre ni albumine, alimentation habituelle.

Le 22 avril, agrafes enlevées, léger sphacèle, sur les 3 centimètres inférieurs, émulsion térébenthinée, état général excellent, pas de douleurs, sensibilité normale dans la région du crural. 15 mai, cicatrice parfaite; 25 mai, le malade sort, on sent faiblement les battements de la pédiéeuse et de la tibiale postérieure.

8 juin, le malade vient se montrer, marche bien, ne souffre pas, cicatrice souple; pas de troubles trophiques, peau et ongles normaux, 2 centimètres de diminution du du périmètre au mollet, traitement XI, gouttes de liqueur de Donovan par jour.

OBSERVATION III

Due à l'obligeance de M. le professeur Tédénat

Anévrysme inguinal gauche, excision du sac, guérison avec perte partielle du petit orteil.

Jean C., 48 ans, est adressé à M. Tédénat, par le docteur Dussaud (de Nîmes) avec les renseignements

suivants : rien à noter dans les antécédents héréditaires, père et mères vivants à plus de 70 ans. Le malade a abusé de l'alcool et du tabac, fièvre typhoïde légère à 35 ans ; le 10 janvier 1906, à la suite d'une chute de cheval, douleur vive au pli de l'aîne gauche, où il constate une petite tumeur, sur laquelle il applique de l'onguent mercuriel. la tumeur augmentant rapidement de volume, avec douleurs irradiées dans toute la partie antérieure du membre il consulte le docteur Dussaud qui sent des battements très nets et conseille : repos, pansement compressif, potion au chlorure de calcium, la tumeur augmentant de volume, une opération paraît s'imposer (janvier 1907.)

Le malade entre à la clinique du professeur Tédénat le 25 janvier. Tumeur du volume d'un œuf de dinde, mouvements très nets, d'expansion, souffle systolique intense, thrill peu accentué, l'extrémité supérieure de la tuméfaction est à 3 centimètres de l'arcade crurale.

Du 25 au 29 janvier, une heure de compression digitale matin et soir, en amont de l'anévrysme pour favoriser le développement de la circulation collatérale. Intervention le 30 janvier (aide : docteur Dusser ; ether : M. Ivanoff.) Incision de 10 centimètres suivant l'axe de la tumeur. ligature de la fémorale à deux centimètres au dessus et au dessous du sac, tissus périscaculaires denses, le sac est disséqué, cinq ligatures d'artères peu volumineuses sont nécessaires, la veine est facilement libérée, le nerf crural est respecté, mais il y faut attention. Hémorragie légère, suture de la plaie par huit crins de Florence, pansement aseptique, membre enveloppé d'ouate et légèrement relevé sur un coussin mis sous la jambe.

Le soir : 37°8, pouls à 90 ; le membre opéré est un peu moins chaud et les orteils sont pâles, quelques crampes, mais légères dans le mollet.

31 janvier : température varie de 36°8 à 38°1, pòuls 80 à 88. les crampes du mollet ont disparu, le dos du pied à sa couleur et sa température presque normales.

7 février. — Ni fièvre, ni douleurs, état général excellent, le pansement est changé pour la première fois, points de suture enlevés, réunion parfaite mais l'extrémité du petit orteil est froide, sèche, on l'enveloppe dans une compresse imbibée d'alcool. 20 février, excision des deux dernières phalanges du petit orteil avec lambeau plantaire.

27 février. — Guérison complète.

Le sac anévrysmal portait l'orifice de communication avec l'artère fémorale superficielle, arrondi de un centimètre de diamètre, le sac était développé en bas et en dehors avec des caillots stratifiés irréguliers, la fémorale profonde naissait au dessous du sac et n'a pas été intéressée.

Le malade a été revu en mai 1915, huit ans après l'intervention, la santé est bonne, pas de troubles trophiques appréciables du membre, pas d'atrophie musculaire, mais le pied est un peu plus sensible que l'autre aux froids de l'hiver.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédénat).

Anévrysme de la fémorale commune, ligature de l'iliaque externe; mort au dixième jour avec gangrène massive du membre

Jules C... 62 ans, de Millau (Aveyron), entre à l'hôpital suburbain de Montpellier, (service du professeur Tédénat) le 5 mai 1889; père et mère morts âgés. Frère bien portant à 75 ans. C... a eu la typhoïde à 23 ans, plusieurs accès de goutte depuis l'âge de 45 ans, ils n'ont pas laissé de traces appréciables, obèse, emphysème et bronchite

chronique, cœur sensiblement hypertrophié, souffle systolique rude à l'aorte, sans dilatation notable, artério-sclérose marquée des membres.

J... C... entre pour anévrysme inguinal droit diagnostiqué il y a six mois par le Docteur Bompaire, cet anévrysme a subi une forte augmentation de volume depuis cinq semaines avec irradiation douloureuse dans tout le membre inférieur, l'extrémité supérieure de la tumeur est à un travers de doigt au dessous de l'arcade crurale, sa longueur est de dix centimètres, sa largeur moyenne de six centimètre, le sac fait saillie vers le côté interne de l'artère, la veine fémorale est légèrement dilatée et tout le membre inférieur est le siège d'un œdème dur avec plaques vineuses, qui a commencé il y a un mois et demi et a augmenté rapidement depuis quinze jours, battements très nets, de la tumeur, souffle très fort, pas de thrill, albuminerie variant de 0 gr. 40 à 2 gr, du 6 au 9 mai, urine de 1500 à 2000 gr., compression de l'artère, demi-heure matin et soir du 6 au 9 mai, elle ne donne pas de résultat appréciable sur le volume de la tumeur.

10 mai, anesthésie au mélange A. C. E., ligature de l'iliaque externe au dessous de l'origine de l'épigastrique et de la circonflexe iliaque, malgré l'épaisseur du tissu adipeux, l'opération est rapide et sans incident; suture de l'incision sans drainage, les battements cessent dans la tumeur, membre enveloppé d'ouate et placé sur un coussin épais.

Tout va bien pendant les cinq premiers jours, température entre 37° et 38° 2. Pouls variant de 68 à 75, légère augmentation de l'œdème, téguments un peu moins rosés, pied un peu moins chaud, quelques crampes dans le mollet qui cessent après le second jour.

Pendant la nuit du cinquième au sixième jour, douleur

subite et violente dans toute la jambe, puis dans la cuisse; le sixième jour au matin, énorme tuméfaction de la jambe et du tiers inférieur de la cuisse, peau violacée, veines dilatées, membre complètement froid. En présence de cette gangrène massive, M. le professeur Tédénat propose l'amputation que le malade refuse.

16 mai. — Délire, grosses bulles de liquide sanieux sur le mollet; température 39°5. Pouls 120.

Réunion parfaite de la plaie opératoire, la tumeur anévrysmale est sans pulsation et de volume sensiblement diminué, le malade succombe le 20 mai; œdème pulmonaire, lambeaux sphacéliques sur toute la jambe et le tiers inférieur de la cuisse, autopsie impossible.

A noter chez ce malade l'âge (62 ans), l'obésité, l'albuminurie, la dilatation aortique, toutes ces conditions rendaient le pronostic grave; d'autre part, l'augmentation rapide du volume de l'anévrysme et les douleurs très vives imposaient l'intervention.

Il est probable qu'après cinq jours de bien être local et général, des caillots du sac déplacés par le retour en celui ci du courant sanguin, ont fait embolie dans la fémorale, peut-être sur l'éperon du tronc tibio-péronier et causé la gangrène massive, on ne saurait invoquer de processus infectieux puisque la cicatrisation s'était faite par première intention.

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédénat)

Anévrysme de l'artère iliaque externe gauche. Excision du sac. Guérison

Paul C..., 34 ans, est adressé à M. le professeur Tédénat par le docteur Bermond, le 5 mai 1902; de taille moyenne, maigre; fièvre typhoïde à 14 ans, syphilis à 16 ans, mal soigné. Voyageur en vins surtout en Espagne,

P. C. a l'occasion fréquente d'excès de boisson. Depuis un an il éprouve quelques douleurs dans la partie antérieure de la cuisse; il y a six mois, il a constaté au dessus du pli de l'aîne, la présence d'une tumeur, pour laquelle un médecin de Barcelone a conseillé une pommade à l'iodure de plomb, la tumeur a augmenté assez rapidement depuis trois mois; les douleurs sont de plus en plus vives et la marche est, de ce fait, un peu gênée (renseignements fournis par le docteur Bermond qui a vu le malade à cinq reprises depuis six mois et diagnostiqué l'anévrisme depuis quatre mois à ses signes classiques: pulsations expansives, souffle très net).

La tumeur a le volume d'un gros œuf de poule et siège à deux travers de doigt au dessus de l'arcade crurale gauche; le docteur Bermond a conseillé depuis le 1^{er} avril, repos, iodure de potassium à la dose de 4 grammes par jour, régime carné et œufs; il a fait à plusieurs reprises la compression par un ballon épais de caoutchouc retenu par un spica, mais, malgré la compression, d'ailleurs mal supportée, la tumeur a augmenté rapidement de volume.

8 mai. — Une intervention est décidée; comme la tumeur anévrysmale est sensiblement au dessus de l'arcade crurale, M. Tédénat préfère intervenir par voie transpéritonéale, après purgatifs (6 et 7 mai) toilette antiseptique de la région, le malade est anesthésié à l'éther par le docteur Dusser. Position de Trendelenbourg moyenne pour éviter d'être gêné par l'intestin, la maigreur du malade, par ailleurs bien musclé, a rendu l'opération moins pénible. Incision de douze centimètres suivant le bord externe du grand droit, pas d'adhérences du péritoine, l'iliaque est facilement repoussée en haut et en dedans, la poche anévrysmale se présente bien, à la sonde

cannelée une fente est faite juste au dessus de la poche, la veine iliaque externe est facilement décollée, ligature à 1 centimètre $1/2$ au dessus du sac. Une pince est placée en aval de la ligature, section au ras de la pince, celle ci sert à soutenir la tumeur pendant que la sonde cannelée la décolle en arrière, puis en dedans de la veine, par points, l'adhérence est serrée, ligature en aval de la poche, certainement au dessus des artères circonflexe et épigastrique qui ne sont pas vues, en tous cas, il n'y a pas d'hémorragie et à peine une vague rosée sanguine.

Surjet au catgut fin sur le péritoine postérieur, surjet à 2 plans de la paroi abdominale, au catgut numéro 4 ; crins sur la peau, l'opération a été facile, peu hémorrhagique, a duré 20 minutes, le membre inférieur, pâle, est enveloppé d'ouate après pansement simple de la région opératoire.

10 mai. — Le malade a éprouvé de vives douleurs dans la cuisse et la jambe qui ont diminué ce matin, orteils rosés, température à peu près normale, pouls à 100, température variant de $37^{\circ}5$ à $38^{\circ}4$.

11 mai. — Presque plus de douleurs, température de $37^{\circ}4$ à $38^{\circ}2$, pouls à 80,92, urines à 1.000, quelques coliques, lavement laxatif avec huile et savon dans $1/2$ litre d'eau donné à 4 heures de l'après-midi.

12 au 14 mai. — Le malade ne souffre pas, orteils et avant-pied rosés, chauds, pas de fièvre.

16 mai. — Pansement, la ligne de suture est parfaite tous les points sont enlevés, réunion parfaite, l'opéré se nourrit, digère bien, selle spontanée dans l'après-midi.

L'opéré quitte la maison de santé le 26 mai, on sent bien les battements de la fémorale, moins forts que du côté opposé, quelques crampes dans le mollet diminuant assez rapidement, force musculaire, notablement moins

dre, l'opéré marche avec deux cannes, trainant son membre, la marche est devenue progressivement plus facile, elle était à peu près normale au mois d'août, d'après les renseignements communiqués par le docteur Bermond.

L'opéré a été revu en bonne santé, sans atrophie ni faiblesse du membre en janvier 1913, mais avec une légère saillie de la région opératoire, pas d'éventration à proprement parler, une sangle a été portée pendant deux au trois ans, elle a été abandonnée l'opéré ne la trouvant pas indispensable.

CHAPITRE II

ETUDE ANATOMIQUE

Nos observations nous permettent de préciser certains points intéressants concernant l'anatomie pathologique des anévrysmes du membre abdominal ; les quatre premières ont trait à des anévrysmes de la fémorale commune ; si nous en exceptons un cas, tous se sont développés au niveau de la partie supérieure de la fémorale commune ; pour l'un même, la dilatation sacciforme de l'artère débutait immédiatement au-dessous de l'arcade crurale ; ces anévrysmes appartiennent donc à la variété dite inguinale (pour Delbet, on doit, en effet, réserver ce nom aux anévrysmes de la fémorale commune et à ceux de l'origine des fémorales secondaires).

Le volume de ces anévrysmes était variable, de celui d'un œuf de poule (Observation première) à celui d'un œuf de dinde (Observation II) ; la forme en était assez régulière, la plupart nettement sacciforme, particulièrement dans notre première observation ; il faut noter aussi le petit nombre de collatérales artérielles, s'ouvrant dans le sac ; une dissection attentive n'a montré que deux collatérales artérielles du volume d'une radiale,

Très importants sont pour nous les rapports du sac avec les organes voisins ; les adhérences avec ces divers organes sont assez variables suivant les cas.

Et d'abord étudions celles avec la veine fémorale : dans deux cas d'adhérences intimes entre le sac anévrysmal et la veine, on a pu la respecter et l'isoler ; dans un cas, la veine étant d'ailleurs perméable ; on a dû, au contraire, la sacrifier dans l'observation première, en raison de sa véritable inclusion dans les adhérences fibreuses périssacculaires ; notons qu'il n'en est résulté aucun accident pour l'opéré.

Les adhérences avec le nerf crural sont notées dans deux cas, mais elles n'ont jamais constitué une réelle difficulté opératoire, le crural a toujours été respecté ; on conçoit d'ailleurs que les adhérences du sac avec ce nerf soient moins intimes qu'avec la veine fémorale, le crural se trouvant nettement en dehors de la gaine vasculaire ; ceci ne doit s'entendre d'ailleurs que des anévrysmes de dimensions moyennes, car l'énorme développement de certaines tumeurs anévrysmales crée des adhérences multiples avec tous les tissus et organes voisins qui finissent par être envahis, voire même détruits.

Dans aucun de nos cas, précisément, ces destructions ne sont notées ; les malades ont été opérés pour des anévrysmes de dimensions moyennes, la peau n'étant jamais adhérente au sac ; cependant, dans l'observation première, le sac anévrysmal, d'une minceur extrême, avait contracté quelques adhérences avec le tégument (dans sa région équatoriale), la minceur du sac était telle, que l'anévrysme semblait être à la veille d'une rupture sous-cutanée ; accident dont il est à peine besoin de souligner la gravité.

L'observation d'anévrysme iliaque mérite elle aussi de fixer l'attention, la dilatation anévrysmale siégeait sur l'iliaque externe, le sac était assez volumineux (gros œuf de dinde) ; les adhérences qu'il présentait avec les orga-

nes voisins n'étaient point telles qu'on s'en puisse rendre maître ; on sait qu'il n'en est pas toujours ainsi. les anévrysmes iliaques augmentant de volume avec une très grande rapidité et contractant des rapports intimes avec les tissus voisins, ils sont alors souvent au-dessus des ressources de la thérapeutique

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE

Les anévrysmes inguinaux, dont nous relatons les observations sont tous des anévrysmes spontanés, reconnaissant pour étiologie une altération pathologique de la paroi artérielle. Cette étiologie est de beaucoup la plus fréquente, les anévrysmes inguinaux traumatiques sont en effet très rares : Sencert dans son livre sur les blessures des vaisseaux (collection horizon 1917) ne pouvait en réunir que trois cas, alors que les anévrysmes artério-veineux étaient beaucoup plus fréquents sur les vaisseaux fémoraux. Il est vrai que Putzu dans une monographie récente (*chirurgia degli organi di movimento*) a publié douze cas d'anévrysmes artériels traumatiques (de guerre) dont huit fémoraux. La lésion anatomique rencontrée dans tous les cas rapportés est donc celle d'artérite, de quelle nature est cette artérite ? dans trois observations la nature syphilitique de la lésion ne saurait être niée, il s'agit en effet de malades ayant présenté des accidents syphilitiques, pour tous il existait encore des traces non douteuses de vérole (cicatrice pigmentée de chancre et d'éruptions, adénites etc.) dans deux cas au moins une réaction de Wasserman, fortement positive venait confirmer les impressions cliniques.

Dans les deux autres observations la syphilis n'est

pas notée ce n'est point une raison pour la nier, et il est bien vraisemblable au contraire que chez ces malades la toxi-infection syphilitique était associée aux intoxications avouées (alcool, tabac etc.) ou aux infections à retentissement vasculaire et en particulier la typhoïde relevée dans quatre cas sur cinq.

Quelle a été la marche de l'affection chez ces malades et quels ont été les symptômes observés ? ; le début a été assez insidieux, exceptionnellement le malade à l'occasion d'un traumatisme éprouve une petite douleur au niveau du pli inguinal, y porte la main et y découvre la présence d'une petite tuméfaction du volume d'une noisette. Au début en effet les douleurs sont peu accentuées, et les malades peuvent encore vaquer à leurs occupations ; chez certains, c'est le développement rapide de la tuméfaction pulsatile qui frappe et inquiète le malade, le poussant à consulter un médecin, mais bientôt les signes de compression tant vasculaire que nerveuse apparaissent, ils ne manifestent surtout à l'occasion de fatigues, station debout prolongée, le malade de l'observation première, plâtrier, doit interrompre à plusieurs reprises son travail et se reposer au moins une semaine tellement sont vives les douleurs irradiées dans le membre inférieur atteint, elles affectent diverses modalités, élancements douloureux, sensations de brûlures accompagnant des fourmillements, sensations d'orteils morts etc., et tout une série de symptômes dus à des troubles du sympathique artériel.

L'œdème commence à se montrer lorsque la stase veineuse se produit persistant et progressif il est souvent dû à la thrombose de la veine fémorale ; les troubles circulatoires graves ne sont notés dans aucune de nos observations, la gangrène n'est apparue avant

l'intervention dans aucun des cas, on sait cependant que les anévrysmes inguinaux sont avec les anévrysmes poplités ceux qui déterminent le plus souvent la gangrène du membre.

Dans l'observation n° 11, il y eut gangrène massive de tout le membre inférieur, après l'intervention; celle-ci avait consisté en une ligature de l'iliaque externe en amont du sac anévrysmal, il est logique d'admettre que des caillots, brassés dans le sac anévrysmal par le retour du courant sanguin, ont pu aller faire embolie dans la partie basse de la fémorale, au voisinage du carrefour tibio-peronier et causer ainsi la gangrène du membre.

La rupture de l'anévrysme n'a pas été observée dans les divers cas rapportés, cependant dans l'observation n° 1, on a noté la minceur extrême du sac, il s'agissait bien d'un anévrysme à la veille de la rupture.

Il faut noter dans tous les cas, le développement rapide de la tumeur; du volume d'une noisette, elle s'accroît et atteint, en un temps variable de 5 à 8 mois, le volume d'un œuf de poule, œuf de dinde, voire plus considérable, ce qui frappe ainsi c'est la marche envahissante de l'anévrysme qui ne connaît pas d'arrêt dans son développement. La guérison spontanée est en effet très rare, dans les anévrysmes fémoraux, les ouvrages classiques citent les cas de Séverine et Abernethy où l'inflammation et le sphacèle du sac se sont terminés par la guérison, mais ces complications se terminent bien plus souvent par la mort (cas de Guattoni, Ramsdem, Cooper); peut être la guérison spontanée est-elle plus fréquente dans les anévrysmes poplités (Tillaux, leçons cliniques).

La symptomatologie physique des anévrysmes inguinaux ou iliaques a été tout à fait classique, tumeurs

pulsatiles, animées d'expansion avec souffle systolique, très intense, battements disparaissant par compression de l'artère principale en amont, tels sont les signes observés dans tous les cas, le thrill n'a été noté que dans deux observations. Il est beaucoup plus fréquent dans les anévrysmes artério-veineux que dans les anévrysmes artériels et dans les uns et les autres n'existe que lorsque pour une raison quelconque il y a rétrécissement du calibre vasculaire.

Aussi le diagnostic de l'anévrysme a-t-il pu être posé facilement dans toutes les observations rapportées.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Notre intention n'est point d'envisager ici toutes les méthodes de traitement mises en œuvre contre les anévrysmes artériels inguinaux.

La compression est complètement abandonnée, elle ne pouvait donner que de bien médiocres résultats et les statistiques publiées ne laissent pas de doute à cet égard. Sur trente et un faits relevés par Delbet en 1895, il n'y eut que cinq guérisons contre vingt-six échecs et encore pour ceux-ci y a-t-il quatre cas d'inflammation ou de rupture du sac. Mais si la compression est à proscrire en tant que méthode curative, elle peut cependant rendre des services et nous la voyons employer dans plusieurs de nos observations, dans le but de développer la circulation collatérale au niveau du sac anévrysmal et parer au danger de gangrène après ligature de l'artère nourricière du membre.

La ligature en amont fut pendant longtemps la méthode en honneur. Cette ligature portait soit sur l'iliaque externe soit sur la fémorale commune, immédiatement au dessous de l'arcade

Dans l'observation numéro IV qui remonte à 1889 M. Tédénat fit la ligature de l'iliaque externe pour un anévrysme volumineux de la fémorale commune développé

dans son tiers inférieur, il y eut gangrène massive du membre par un processus déjà indiqué (embolie par caillots lancés du sac par la fémorale), la plupart des auteurs s'accordent à reconnaître que la ligature de l'iliaque externe expose moins à la gangrène que celle de la fémorale commune. Pour Delbet la ligature de la fémorale commune est une ligature dangereuse (traité de chirurgie H. de Le Dentu et Delbet, ed. 1911). Il semble bien, et la guerre la bien montré, qu'on ait beaucoup exagéré les dangers de gangrène après ligature haute de la fémorale, mais cependant il n'en reste pas moins que la ligature reste une mauvaise opération ; si la circulation collatérale ne se rétablit pas avec assez de rapidité, la gangrène peut survenir, si elle se rétablit trop vite, elle expose aux embolies et aux récidives, aussi croyons-nous qu'il serait singulièrement dangereux de suivre ceux qui voudraient conserver d'assez nombreuses indications à la ligature en amont dans le traitement des anévrysmes artériels.

L'extirpation constitue, à l'heure actuelle, la méthode de choix, c'est elle qui fut employée dans quatre de nos observations : si nous nous y reportons, nous voyons que les difficultés opératoires ne furent point excessives, et d'abord au point de vue technique, convient-il de mettre à part le cas d'anévrysme de l'iliaque externe en raison des difficultés que pouvait présenter la voie d'accès sous-péritonéale. M. Tédénat se décide pour une opération trans-péritonéale qui fut d'ailleurs facile et peu hémorragique ; la guérison fut simple et se maintenait telle-onze ans après l'opération.

Dans les trois autres cas, l'excision du sac se fit dans la région inguinale, elle ne présenta pas non plus de très grandes difficultés, la ligature préalable de l'iliaque

externe donne, d'ailleurs, de très grandes facilités d'exécution technique, les adhérences du sac exigent de la méthode et de la prudence, mais on triomphe le plus souvent, la ligature de la veine fémorale s'est imposée dans un cas, il a fallu la réséquer sur 5 ou 6 centimètres environ et il n'en est rien résulté de fâcheux pour le malade. Le nerf crural lui-même avait contracté de telles adhérences avec le sac dans un cas qu'il fallut beaucoup d'attention pour le ménager; dans l'ensemble on voit donc que les interventions faites s'exécutèrent assez simplement et ne s'accompagnèrent d'aucun incident fâcheux, cette constatation n'a rien qui doive étonner si l'on veut bien se représenter que dans tous les cas observés le volume de l'anévrysme n'était point considérable. Tout autres sont les difficultés quand on a affaire à ces énormes anévrysmes du volume d'une tête fœtale par exemple, l'extirpation d'un anévrysme inguinal devient alors une opération considérable exigeant de l'habileté et du sang-froid.

Quant aux autres méthodes des plus modernes de la clinique vasculaire nous ne ferons que les signaler (endo-anévrysmorrhaphies, opération de Matas).

D'une exécution technique, très délicate, ne donnant aucune garantie contre la récurrence, ces procédés nous paraissent complètement à rejeter.

Il nous reste pour terminer à faire le bilan des interventions pratiquées dans les cinq observations rapportées.

Un cas traité par la ligature de l'iliaque externe a donné une mort par gangrène massive du membre (gangrène embolique post-opératoire).

Les quatre autres cas traités par l'excision du sac anévrysmal ont donné quatre guérisons, que sont devenus ces malades ?

Le premier a perdu partiellement le petit orteil (par gangrène survenue quelques jours après l'intervention) mais l'état général se maintient parfait et M. Tédenat qui a revu ce malade huit ans après peut noter : Bonne santé, pas d'atrophie musculaire, mais le pied est un peu plus sensible aux froids de l'hiver.

Les trois autres malades ont eu des guérisons complètes sans troubles circulatoires, ou nerveux de quelque importance, l'un est revu en excellent état onze ans après l'opération sans atrophie ni faiblesse du membre.

Le deuxième opéré en 1918 a été revu en bonne santé quelques mois après l'intervention, il marchait bien, cicatrice souple, pas de troubles de la motricité ou de la sensibilité, pas de troubles trophiques.

Le troisième enfin opéré récemment en mai 1921 est sorti de l'hôpital à la fin du même mois en très bon état, on lui a conseillé de continuer le traitement antisyphtique commencé pour éviter l'évolution d'autres accidents semblables.

CONCLUSIONS

Les intéressantes observations que nous rapportons, nous permettent de souligner les points suivants en manière de conclusions :

I. Les anévrysmes inguinaux et iliaques externes sont rares, surviennent, le plus souvent, dans le sexe masculin, de 35 à 45 ans.

II. Les éléments étiologiques les plus souvent notés dans les anévrysmes spontanés sont l'infection syphilitique et l'infection éberthienne.

III. Les signes cliniques sont classiques et le diagnostic en est toujours facile, l'évolution est d'abord lente, puis l'anévrysme s'accroît très vite, et alors apparaissent les compressions vasculaires et nerveuses (œdèmes, douleurs, etc), ainsi que des troubles du sympathique périartériel.

IV. Les complications sont fréquentes (ruptures, gangrène, etc.) la guérison spontanée paraît exceptionnelle.

V. Le traitement de choix est l'extirpation du sac anévrysmal, les autres méthodes thérapeutiques ne donnent que des résultats insuffisants; enfin, il convient de mettre en œuvre, chez la plupart des malades, la médication antisyphilitique, en raison de l'étiologie de l'affection.

BIBLIOGRAPHIE

N. B. — Nous nous sommes volontairement limités aux seules publications que nous avons pu consulter.

Pour tous les travaux antérieurs à 1910 se rapporter à :
Revue de Chirurgie de Paris, 1910, t., XLI,
p. 163.

DELBET (P.) et MOCQUOT. — Maladies des artères, nouveau traité de chirurgie, Le Dentu et Delbet.

MONOD et VANVERTS. — Du traitement des anévrysmes artériels, *Revue de chirurgie*, t., XLI, 1910,

— *Revue de chirurgie*, 1911, n° 1.

JOHNSTON. — Traitement des anévrysmes, thèse de Kœnigsberg, juillet 1910.

SOULIGOUX. — Anévrysme de la fémorale, extirpation, guérison. *Bull. soc. chirurgie*, 29 juin 1911.

HELLER. — Enorme anévrysme sacciforme de la fémorale traité par l'extirpation, Société sciences médicales de Kœnisberg, 27 février 1911.

MAUCLAIRE. — Symptômes, diagnostic et traitement des anévrysmes des membres, *Progrès médical*, 3 septembre 1911.

MONOD et VANVERTS. — De l'anévrysmorrhaphie, *Archives générales de chirurgie*, sept. 1911.

1912.

VAN DER VEER. — Sugery of the arteries, *Surgery, gynecology and obstetric*, sept. 1912.

1912

POTHERAT. — Anévrysme artériel de la racine de la cuisse, extirpation, guérison, Société de chirurgie, 26 juin 1912.

BARLING. — On the surgical treatment of anevrysms, *The Lancet*, 25 mai 1912.

Discussion sur le traitement chirurgical des anévrysmes, Société royale de médecine de Londres, Section de chirurgie, 14 mai 1912.

LE DENTU. — Anévrysme de la fémorale, extirpation, guérison, Société médico-chirurgicale de l'Indo-Chine, 9 juin 1912.

GREEN. — The treatment of anevrysms, *International journal of surgery*, 10 octobre 1912.

WÉRBECK. — Traitement des anévrysmes circonscrits. *Brazil medico*, mars 1912.

1914.

MORESTIN. — Sur les anévrysmes fémoraux. *Bull. Soc. chirurgie*, p. 744.

LASSALLE. — Sur les anévrysmes des membres, causés par les armes à feu. Thèse de Bordeaux, 1914-1915, n° 5.

BARQUET. — Vaisseaux fémoraux. *Lyon Chirurgical*, 1914, n° 6.

— Operation's methode bei anevrysmen. *Beitrag zur Klinischen chirurgie*, janvier 1914.

KÉILTY. — Notes on femoral anevrysms. *New-York Medical Journal*.

AUBERT et BERNARD. — Anévrysme bilatéral de la fémorale à son origine. Soc. de chirurgie de Marseille, 5 février 1914.

1916.

VARDA. — Anévrisme traumatique de l'artère fémorale à la base du triangle de Scarpa, extirpation du sac. Guérison.

MONET. — Quelques remarques à propos de quinze cas d'anévrismes opérés. *Bulletin Soc. chirurgie*, 15 janvier.

MAUCLAIRE. — *Ibid.*, p. 1228.

SOUBLOVITCH. — Considérations générales sur les anévrismes traumatiques. *Bulletin Société chirurgie*, p. 361 et 437.

TAUTOU. — Quelques observations d'anévrismes traumatiques. *Bulletin Société chirurgie*, 16 novembre.

1917.

QUÉNU. — Anévrismes des vaisseaux fémoraux. *Bull. Soc. chirurgie*, 1917, p. 493.

SENCERT. — Les blessures des vaisseaux. (1 vol. coll. Horizon.)

1919.

BÉRARD ET DUNET. — Anévrisme artério-veineux, compression artérielle, spasme artériel. *Presse médicale*, 25 août 1919.

1920.

LECÈNE. — Maladies des artères, in *Traité de pathologie chirurgicale*. Masson, éd. 1920.

PUTZU. — Contribution à l'étude des anévrismes traumatiques. La *Chirurgia degli organi di movimento*. 1920, t. IV, fasc. 5-6, p. 524.

ALLEGRI. — Dans les anévrismes poplités, la ligature de l'artère fémorale laissera-t-elle quelques indications? Thèse Montpellier 1921, n° 96.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre:
Les Anévrysmes inguinaux et iliaques
par M. Joseph CATHALAN.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 13 juillet 1921.

Le Professeur,

TÉDENAT.

Vu :

Montpellier, le 13 juillet 1921.

Le Doyen,

E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 13 juillet 1921.

Le Recteur,

Jules COULET.

